Misdiagnosed Travmatic Diaphragmatic Hernia: Misfortune of the Patient, Guilt of Doctor?

Tanısı Atlanmış Travmatik Diyafragma Hernisi: Hastanın mı Talihsizliği, Doktorun mu Kabahati?

Travmatik Diyafram Hernisi / Travmatic Diaphragmatic Hernia

Tolga Dinç[1], Selami Ilgaz Kayılıoğlu[1], Faruk Coşkun[2]
[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara,
[2]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Çorum, Türkiye

Editör için:

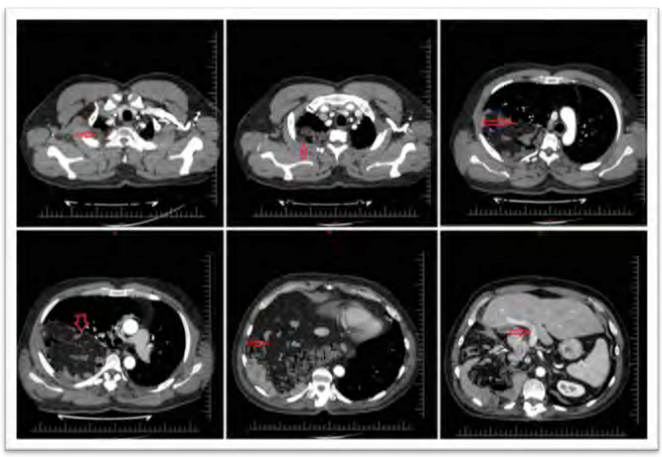
Tanısı Atlanmış Travmatik Diyafragma Hernisi: Hastanın çıkmazı.

Derginizde yayınlanan, "Geç diyafragma hernisi nedeni ile kardiak arrest gelişen olgu" isimli yayını ilgi ile okuduk [1]. Yazıda şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayetleri ile kliniğe başvuran; daha önceleri mükerrer kez farklı organlara özgün tedaviler alan, ve anamnezinde 8 yıl önce yüksekten düşme hikayesi olan bir bir hasta olgu olarak sunulmuş. Tetkiklerde sol diyafram defekti izlenen ve diyafragma hernisi tanısı konularak operasyona alınan ve kardiak arrest gelien hastanın tedavi ve takip yönetimi başarı ile yapılmıştır.

Künt travmaya bağlı gelişen diyafragmatik herni nadir görülen bir durum olup, insidansı %0.8-3.6 arasında değişmektedir [2]. Travmatik diyafram rüptürlerinin büyük bir çoğunluğu sol tarafta gelişirken, karaciğerin koruyucu etkisinden dolayı sadece %5-19'u sağ tarafta gelişir [3]. Travmatik diyafram rüptürleri travma sonrası akut dönemde rahatlıkla tanınabilmektedir. Tanısının atlandığı durumlarda, uzun dönemde toraksa doğru fıtıklaşma neticesinde belirti vermesi ile tanı konulabilmektedir [4] .

Bizde, benzer bir şekilde, kliniğimize solunum sıkıntısı ve karın ağrısı şikayetleri ile gelen ve hikayesinde 18 yıl önce araç dışı trafik kazası öyküsü olan hasta ile ilgili deneyimimizi paylaşmak istedik. Acil servise karın ağrısı ve solunum sıkıntısı ile başvuran 42 yaşındaki erkek hastanın, 2 gün önce başlayan karın ağrısı ve son zamanlarda artış gösteren solunum sıkıntısı mevcuttu. Karın ağrısı, göbek çevresinden başlayıp sırta doğru yayılım gösteren kuşak tarzında idi. Özgeçmişinde, 10 yıl boyunca günde 1 paket sigara kullanım öyküsü ve 1996 yılında geçirdiği araç dışı trafik kazası mevcuttu. Bu travma nedeniyle aynı dönemde vertebra stabilizasyon operasyonu geçirmişti. Hastanın yine aynı travmaya bağlı hemiplejisi mevcuttu. Soy geçmişinde özellik yoktu.

Yapılan biyokimyasal incelemede; amilaz yüksekliği (2209 U/L), karaciğer enzimleri yüksekliği (AST:135 U/L, ALP:134 U/L, GGT:1238 U/L), ve hiperbilirubinemi (Total Bilirubin:4,6 mg/dL) saptandı. Hastanın direk posteroanterior akciğer grafisinde akciğerin yukarı doğru itildiği ve sağ hemitoraksta barsak anslarıyla uyumlu görünüm izlendi. Bununla beraber omurgalardaki deformite de görüldü. Ayakta direk karın grafisi sağ diyafragmanın durumu dışında normaldi. Karın ağrısına yönelik yapılan ultrasonunda (USG) safra kesesi içerisinde çok sayıda milimetrik taş ve intrahepatik safra yollarında minimal genişleme saptandı. Ranson skoru sıfır olan hasta servise yatırıldı. Oral alımı kesilerek intravenöz hidrasyon sağlandı. Dispnesi olan hastanın takipnesi de mevcuttu. Yapılan abdominopelvik bilgisayarlı tomografide, safra kesesinde izlenen taşlara ek olarak sağ hemidiyafragmadaki geniş defektten (yaklaşık 15 cm) tüm ince barsak ansları, hepatik fleksura, çıkan kolon, çekum, süperior mezenterik arter ve dallarının sağ hemitoraksa herniye olduğu ve barsak anslarının sağ apex komşuluğuna kadar ilerlediği ayrıca duodenumun 2. kısmının orta hatta itildiği izlendi (Resim-1).



Resim 1. Sağ diyafragmadaki defekt, defektten toraksa herniye olan barsak ansları, safra kesesindeki taşların izlendiği bilgisayarlı tomografi kesitleri.

Hastanın, akut pankreatit tanısıyla servisteki yatışının 3. gününde amilaz değerleri geriledi ve bilirubin seviyeleri normale döndü.

Hastaya kolesistektomi ile beraber diyafragma herni onarımı planlanarak ameliyata alındı. Hastaya orta hat kesisi ile laparotomi yapıldı. Gözlemde, sağ diyafragmadaki 20 cm'lik defektten tüm ince barsakların, çıkan kolonun, çekumun, süperior mezenterik arter ve dallarının hemitoraksa fıtıklaştığı izlendi. Önce kolesistektomi yapıldı.

DOI: 10.4328/JCAM.3046 Received: 03.11.2014 Accepted: 05.12.2014 Printed: 01.02.2015
Corresponding Author: Tolga Dinç, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antındağ, Ankara, Türkiye.
GSM: +905324812275 E-Mail: tolga_dr@hotmail.com

Ardından toraksa fıtıklaşan organlar elle çekilerek batına indirildi. Herhangi bir yapışıklık veya direnç ile karşılaşılmadı. Defekt primer olarak, 0 numara polipropilen sütürlerle tek tek onarıldı. Ardından, üzerine polipropilen meş yerleştirildi ve tespit edildi. Su altı drenaj kateteri sağ hemitorakstaki potansiyel boşluğu drene edecek şekilde yerleştirildi. Hasta ameliyat sonrası 1 gün yoğun bakım ünitesinde, intraabdominal basınç artışına bağlı ve solunumsal olası komplikasyonlar açısından yakından takip edildi. Postoperatif takibinde sağ akciğerin tamamen ekspanse olarak sağ hemitoraksı doldurduğu görüldü. Su altı drenaj kateteri çekildi. Bir hafta sonra yapılan akciğer grafisinde patolojik bulgu izlenmedi .

Diyafragma karın ile göğüs boşluğunu birbirinden ayıran bir kas olup, solunum fizyolojisinin temel öğelerindendir. Bundan dolayı travmalarda dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Künt travmalarda diyafragma %0.8 -7 arasında yaralamakta ve bunların da %90'ı sol tarafta olmaktadır [5]. Yaralanmaların daha çok sol tarafta olmasının nedeni, karaciğerin sağ diyafragmayı koruması ve diyafragmanın sağ tarafta daha yoğun kas yapısına sahip olmasıdır. [3]. Sağ diyafragma yaralanmalarına genellikle major organ yaralanmaları da eşlik eder. Hemodinamik instabilite izlenebilir. Dispne, siyanoz ve hipotansiyon diyafragma yaralanmalarında izlenebilse de, hastalarda tanıyı koyabilmek için öncelikle klinik olarak şüphelenmek gerekir. Bu vakada 18 yıl önce geçirilmiş trafik kazası sonrasında oluşmuş bir diyafram rüptürü ve buna bağlı oluşan diyafragma hernisi mevcuttu. Karın ağrısına eşlik eden solunum sıkıntısı üzerine duyulan şüphe ile yapılan bilgisayarlı tomografide hastada sağ diyafram hernisi saptandı. Hastanın spinal kord travmasının da olmasının, dikkatlerin o bölge üzerinde toplanmasına ve tanının gözden kaçmasına sebep olduğu düşünülmüştür.

Diyafragma hernilerinin tedavisi cerrahidir. Cerrahide torakotomi, laparotomi veya her iki yaklaşımın aynı ayda uygulanması gerektiğini savunan çalışmalar mevcuttur [6,7]. Bununla beraber torakoabdominal yaklaşımın en ideal cerrahi yaklaşım olduğu görüşünde olanlar da vardır [8]. Sunulan ve bizim vakamız da cerrahi olarak başarı ile tedavi edilmiştir.

Sonuç olarak, travma hikayesi olan hastalarda, diyafram hernisi olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Tanı için detaylı anamneze ve klinik şüpheye ihtiyaç vardır. Bu hernilerin uzun dönemde batın ve toraks içerisinde komplikasyonlara yol açabileceği hatırlanmalıdır. Cerrahi tedavinin başarılı yönetimi ile iyi sonuçlar elde edilebilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. İliklerden DM, İliklerden U, Çobanoğlu U. Geç Diyafragma Hernisi Nedeni ile Kardiak Arrest Gelişen Olgu. J Clin Anal Med 2014; DOI:10.4328/JCAM.2070.
2. Chughtai T, Ali S, Sharkey P, Lins M, Rizzoli S. Update on managing diaphragmatic rupture in blunt trauma: a review of 208 consecutive cases. Cam J Surg 2009;52(3):177-81.
3. Bader FG, Hoffmann M, Laubert T, Roblick UJ, Paech A, Bruch HP et al. Hepatothorax after right-sided diaphragmatic rupture mimicking a pleural effusion: a case report. Cases J 2009;2:8545.
4. Guner A, Ozkan OF, Bekar Y, Kece C, Kaya U, Reis E. Delayed enterothorax and hepatothorax due to missed right-sided traumatic diaphragmatic rupture. Am J Emerg Med 2012;36(2):260-5.
5. Wiencek RG, Wilson RF, Steiger Z. Acute injuries of the diaphragm: an analysis of 165cases. J Thorac Cardiovascular Surg 1986;92:989-93.
6. Ebrahimi G, Bloemers FW. A delayed traumatic right diaphragmatic hernia with hepatothorax. J Surg Case Rep 2012 ;(1):1.
7. Hwang SW, Kim HY, Byun JH. Management of patients with traumatic rupture of the diaphragm. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2011;44(5):348-54.
8. Ganie FA, Lone H, Lone GN, Wani ML, Ganie SA, Wani NU et al. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia: a diagnosis of suspicion with increased morbidity and mortality. Trauma Mon 2013;18(1):12-6.